

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXII

DEZEMBRO DE 1961

N.º 6

Sumário:

	<i>Pág.</i>
<i>Promazina na pré-anestesia em pediatria — Dr. MENANDRO DE FARIA</i>	83
<i>Estruma ovárico — Drs. ENRICO RICCO, JOSÉ SALDANHA FARIA e Prof. CARMO LORDY ..</i>	88
<i>Terapêutica da hipnose — Dr. JEFFERSON GON- ÇALVES GONZAGA</i>	92



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXII

DEZEMBRO DE 1960

N.º 6

Promazina na pré-anestesia em pediatria

Dr. MENANDRO DE FARIA

Anestesta em Salvador (Bahia)

INTRODUÇÃO

Da consulta à literatura especializada no assunto em pauta, resulta a verificação de um fato constante na opinião unânime dos autores: as variações dos efeitos das substâncias utilizadas.

A medicação pré-anestésica é de importância fundamental em cirurgia pediátrica por ser o psiquismo infantil muito instável, apresentando reações inesperadas características do ser em crescimento e em adaptação. Ela visa afastar o receio e a apreensão, tornando a criança dócil e tranqüila. Como no adulto, ela cumpre, além disso outras finalidades: reduzir as secreções mucíparas do trato respiratório, os reflexos vagais, o consumo metabólico de oxigênio e as quantidades necessárias dos agentes anestésicos.

Na preparação da criança para a anestesia temos que considerar um fator freqüentemente esquecido e menosprezado: o preparo psicológico. Seria ideal o internamento às vésperas da intervenção, de modo a permitir ambientação satisfatória da criança ao meio hospitalar e ao anestesista que se norteará pelo princípio de que "nada deverá ser prometido à criança que não possa ser cumprido". Seria errôneo, por exemplo, afirmar ao pacientezinho que não haverá injeção.

Outro fator a considerar é a presença dos pais no Centro Cirúrgico, dificultando a aceitação do anestesista pela criança e, às vezes, inibindo não só o anestesista como o restante da equipe cirúrgica. Só em circunstâncias especialíssimas deveria ser tolerada. Citamos, a esse respeito, o único caso de alucinação pós-anestésica que tivemos e que ocorreu em menina sobremodo "amparada" pelos pais.

MATERIAL E MÉTODOS

Estabelecido o primeiro contato com o paciente e seus familiares, planejamos a posologia da medicação pré-anestésica tomando por base o peso, a idade e o comportamento pregresso e atual do anestesiando. Utilizamos a associação injetável de:

Cloridrato de morfina	0,0060 g
Brometo de escopolamina	0,0002 g
Sulfato de esparteína	0,0200 g
Solução fisiológica q.s.p. ...	1 ml (*)

diluída em 3 ml de solução fisiológica e acrescida de 50 mg de cloridrato de promazina (**).

Injetamos uma hora antes da intervenção, por via intravenosa, na proporção de 1,2 ml da solução para cada 7 quilos até a idade de 9 anos; dessa idade em diante injetamos 1 ml para cada 9 quilos. O total da solução (5 ml) somente foi injetada em pacientes com idades superiores a 12 anos e com mais de 35 quilos.

Receberam a mistura pré-anestésica 280 pacientes, dos quais 139 eram do sexo masculino e os restantes, 141, do sexo feminino.

As intervenções foram, na maioria dos casos, amigdalectomias e adenoidectomias.

A anestesia constou de indução por barbitúrico, intubação sob relaxamento muscular despolarizante, manutenção com mistura eter-oxigênio ou oxigênio-fluotane em circuito sem reabsorção de anidrido carbônico, pela válvula de Ruben.

Para avaliar os resultados, dividimos os pacientes em dois grupos, A e B, e os classificamos do seguinte modo:

GRUPO A

- Pacientes calmos sem sonolência — cooperam com a injeção intravenosa da indução.
- Pacientes calmos com sonolência — reagem à injeção.
- Pacientes adormecidos — não reagem à injeção.

GRUPO B

- Pacientes inquietos — choram por ocasião da injeção.
- Pacientes agitados — necessitam algumas inalações de gases anestésicos para permitirem a injeção intravenosa.

(*) Sedol — Lab. Rhodia Brasileira S. A.

(**) Promazonon — Ind. Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S. A.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com a combinação medicamentosa citada, observaram-se os seguintes resultados de acôrdo com a classificação adotada:

TABELA I

GRUPO A	N.º	%
Pacientes calmos, sem sonolência	64	22.9
Pacientes calmos, com sonolência	114	40.7
Pacientes adormecidos	45	16.1
Sub-total	223	79.7
GRUPO B		
Pacientes inquietos	35	12.5
Pacientes agitados	22	7.8
Sub-total	57	20.3
TOTAL	280	100.0

Vê-se, assim, que 80% dos casos chegaram à sala de operações em condições consideradas boas para o início da anestesia. Cumpre considerar que no Grupo B, especialmente no sub-grupo de pacientes agitados, cerca de 50% eram clientes de cirurgião de horário errático, o que influía no tempo decorrente, desde a medicação pré-anestésica até o início da anestesia.

Confirmamos a verificação de que a associação morfina-escopolamina, além de eliminar a apreensão, apresenta as vantagens de baixar o metabolismo e estabilizar o ritmo respiratório após a indução anestésica.

A escopolamina alia à propriedade de produzir um certo grau de amnésia a de reforçar a ação sedante da morfina e contribuir para reduzir as secreções mucíparas do trato respiratório. Apresenta sobre a atropina a vantagem de não produzir taquicardia em grau tão intenso.

A esparteína reduz a taquicardia e tem ação depressora sobre as fibras musculares, o que facilita a mio-resolução.

Considerando a ação das substâncias fenotiazínicas sobre a substância reticular do mecanismo alertador (sistema reticular ascendente-descendente de Moruzzi-Magoun), ocorreu-nos associar ao conjunto morfina-escopolamina-esparteína, doses adequadas de cloridrato de promazina (cloridrato de 10-gama-dimetilamino-n-propil-fenotiazina). Sua atividade está relacionada ao antagonismo à serotonina e acetilcolina, cujos níveis são aumentados pela apreensão que domina o paciente cirúrgico no pré-operatório. A ação ataráxica do cloridrato de promazina devemos acrescentar a sua atividade antiemética e baixa toxidez, fatores importantes a serem considerados pelo anestesiológista.

Observamos, como Dobkin e Purkis assinalaram, hipotensão moderada e em 22% dos casos do grupo A, bradicardia.

Taquicardia foi observada na quase totalidade dos pacientes do grupo B. Julgamos que isto tenha sua explicação no maior tempo decorrido entre a injeção e o início da anestesia, como mencionamos anteriormente. Neste grupo constatamos a ocorrência de sialorréia e 12 destes pacientes necessitaram sedação no pós-operatório por se mostrarem agitados. Esses mesmos pacientes apresentaram hipertemia e por isto associamos à medicação sedante um antitérmico. Utilizamos a via retal nesses casos.

Foi observado menor sangramento durante o ato cirúrgico, embora isto possa ser explicado pela anestesia em circuito semi-aberto com válvula de Ruben.

CONCLUSÕES

- 1 — A adição do cloridrato de promazina reforça a ação sedante da associação morfina-escopolamina-esparteína, que assim pode ser injetada em doses menores do que as usuais.
- 2 — O uso conjunto do fenotiazínico permitiu reduzir o consumo da mistura anestésica.
- 3 — Oitenta por cento dos pacientes cirúrgicos pediátricos chegaram à sala de cirurgia em condições boas para o início da anestesia.
- 4 — Somente 12 pacientes, que tiveram o início da anestesia retardado, apresentaram-se agitados e com hipertermia no pós-operatório e necessitaram administração de medicação sedante e antitérmica.

SUMÁRIO

O autor tece considerações de ordem prática sobre alguns aspectos da medicação pré-anestésica, em pediatria. Preconiza o uso conjunto de cloridrato de promazina (Promazionon) e a associação de cloridrato de morfina, brometo de escopolamina e sulfato de esparteína (Sedol). Com essa mistura obteve em 280 pacientes 80% de resultados satisfatórios.

SUMMARY

The mixture of promazine hydrochloride (Sparine) with morphine hydrochloride, scopolamine hydrobromide and sparteine sulfate proved to be a good pre-anesthetic medication in pediatric surgery. The author used the "cocktail" in 280 cases with good results in 80%.

BIBLIOGRAFIA

1. DOBKIN, (A. B.) and PURKIS, (N.): *Double blind study of phenothiazines in pre-anesthetic medication: A clinical evaluation of promethazine, promazine, prochlorperazine and levomepromazine*. "Can. Anaesthetists Soc. J." 7 (2) April 1960.
2. JUNKIN, (C. I.): *Preoperative medication for children*. Ibid. 3 (3): 308-215, July 1956.
3. LEIGH, (D. M.) and BELTON, (K. M.): *Pediatric Anesthesia*, The MacMillan Company, New York, 1949.
4. PENFIELD, (W.): *Combined regional and general anesthesia for craniotomy and cortical exploration*. Part I. Neuro Surgical Considerations. "Anesth. & Analg." 33 (3).
5. STEPHEN, (C. R.): *Elements of Pediatric Anesthesia*. Ed. Charles C. Thomas, Springfield, 1954.
6. SMITH, (R. M.) and JEFFRIES, (M.): *The evaluation of sedative agents for preoperative use in children*. "Anesth. & Anal." Corrent Researches, 38 (3): 166-172, June 1959.

Estruma Ovárico(*)

Dr. ENRICO RICCO

(Cirurgião no Sanatório São Lucas)

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA

(Chefe de Serviço do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

Dr. Enrico Ricco — O caso que hoje trazemos à apreciação dos colegas é o de M.R.S., com 40 anos de idade, brasileira, branca, casada em segundas núpcias, residente em São Paulo, natural de São Pedro da União, Minas Gerais. Há 5 anos, queixava-se de dores no baixo ventre que pioravam durante o período menstrual. Teve 4 irmãs — duas falecidas deixando ambas um total de 26 filhos e as remanescentes outros 10. A nossa doente nunca engravidara. Cefaléia desde a menarca; hipertiroidismo: taquicardia, irritabilidade, trêmor e ligeira exoftalmia. Menstruação com intervalos de 28 dias, duração de 4, dismenorréia. Estado geral: aspecto de sofredora com ventre globoso apresentando uma gestação a termo. Pela palpação notamos um tumor anexial esquerdo e hidroperitонеo.

Feito o diagnóstico de estruma ovárico, foi indicada a intervenção cirúrgica, que foi realizada pelo Dr. José Saldanha Faria, e cuja descrição passamos a fazer. Incisão mediana infraumbilical. Aberta a cavidade abdominal, houve extravasamento de grande porção de líquido ascítico. Tumor cístico volumoso, mais ou menos das dimensões de uma cabeça de criança, que se reconheceu ser formado pelo ovário esquerdo. Foram desfeitas aderências firmes do tumor ao peritонеo parietal, resultando rugosidade e desgaste da parede tumoral, ao nível destas aderências. O restante do tumor, em sua parte posterior e fundo, achava-se firmemente aderido a várias alças delgadas e seus respectivos mesos. Manobras de libertação foram efetuadas com muito cuidado e dificuldade — sangrando a superfície tumoral e as paredes das alças delgadas, exigindo hemostasia demorada, tendo havido a necessidade de transfusão sangüínea na paciente, durante

(*) Caso apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas, em sessão de 14-1-60

o ato cirúrgico. Foi pinçado e ligado o pedículo ovariano, usando-se categut n.º 2 simples. O útero e os anexos direitos estavam normais. Aplicou-se Gelfon nas zonas sangrantes "em nape" no leito do tumor. Fechamento por planos; agrafes e seda na pele.

Exame da peça: tumor cístico com o volume de uma cabeça de criança, de forma arredondada, paredes ásperas e engrossadas. Aberta a ciste houve extravasamento de líquido de cor amarela escura, com várias massas gelatinosas claras, livres e outras em maior número presas à parede interna da ciste.

Confirmado o diagnóstico estruma do ovário após a operação e exame anatomo-patológico, pode-se afirmar com vários estudiosos, que um tumor ovariano associado com ascite e na ausência de tireoide aumentada com sinais de hipertireoidismo eloquente ou frusto, *sugere* a possibilidade do estruma do ovário que faz jús a esse título, devido à predominância de tecido tiroidiano no achado histológico, o que constitui um dos interessantes blastomas da gonada feminina, cuja raridade é digna de nota, não atingindo a uma centena o número de casos referidos na literatura mundial e que se vê enriquecida com mais este caso que apresentamos. A sua patologia encerra muitos aspectos de grande interesse e curiosidade científica que justificam as exposições e debates. Na explicação da histogênese do tumor tiroidiano do ovário, embora sejam várias as hipóteses levantadas, prevalece aquela apresentada por Pick, em 1902, que considera esse blastoma como de natureza teratoide, e o estruma puro, convenhamos, não fala contra a concepção de teratoma; esbôça, tão somente a imperfeição humana. Todos os autores, iniciando com Gottschalk em 1889, são unânimes em relatar o achado de tecido tiroidiano nos teratomas do ovário. Atualmente não há mais dúvida nem discussão. Para se classificar como estruma um tumor de ovário, é condição fundamental que o tecido tiroidiano verdadeiro predomine ou seja único, como em nosso achado. E para dar ênfase às nossas observações, apoiadas em uma revisão de trabalhos, com prazer apontamos Moraes Barros, Paulo Godoy, Domingos Delascio, autores de um trabalho minucioso e interessante numa cuidadosa pesquisa sobre estruma do ovário, inspirados em um único caso, registrado no período de 20 anos, num cadastro de 25 mil doentes (publicação feita em 1943). Em 1931, Gastão Sampaio, relata o 1.º caso; Carmen Escobar, no 2.º Congresso Médico Paulista, secção ginecológica, apresenta outro caso de estruma do ovário apontado como o 3.º e confirma os dois precedentes. E neste ano de 1960, publicamos em um bosquejo rápido sobre a matéria, o 4.º caso de estruma, cujo achado histológico surpreende o especialista pela riqueza única de tecido tiroidiano. Por alguns sinais de hipertireoidismo de nossa doente, afirmamos, apesar de não termos pesquisado o iodo existente no tumor, que seria perentório, que era um blastoma funcionante.

Em seguida o Prof. Carmo Lordy discorreu sobre a genese do estruma ovárico. Reproduzimos, aqui, as suas palavras sobre o assunto.

Prof. Carmo Lordy — Sob a denominação de estruma ovárico estão agrupados os muitos raros casos de proliferação do tecido tireoideo na gonada feminina.

No caso em estudo, a proliferação, de acôrdo com a descrição clássica, se apresenta em parte sob o aspecto de estruma parenquimatoso e em parte reproduz a disposição de estruma colóide. Em alguns pontos se notam formações císticas repletas de produto de secreção, no qual, aliás, já se demonstrou a presença de iodo em concentração igual à do tecido tireoideo normal. Que o estruma ovárico tenha atividade funcional ficou também provado em casos ocasionais, em que a sua remoção acabou acarretando uma diminuição dos sintomas de hipertireoidismo ou mudança para desenvolvimento de hipotireoidismo com manifestações mixedematosas (Anderson). A estrutura do tecido tireoideo geralmente não se afasta da normal. O tamanho do tumor varia desde o de uma noz até o de um punho de adulto ou mais.

Distinguem-se dois grupos de estrumas ovaricos: no primeiro o tumor é representado exclusivamente por tecido tireoideo, como no caso em apreço; no segundo grupo o estruma aparece em maior ou menor proporção juntamente com outros componentes de um teratoma trifilico.

A despeito do enunciado de Kaufmann de que uma teoria completamente satisfatória sobre a origem dos teratomas ainda não foi encontrada, contudo é útil referir o que acerca da genese formal do estruma ovarico já se disse.

Embora Baur julgue que todos os casos de estruma ovarico representem cistoadenomas com estrutura pseudoestrumosa, a grande maioria dos A. A. os considera como teratoma com desenvolvimento unilateral, quer se deva atribuir esse fato, conforme Wilms, a um precoce desenvolvimento do componente tireoideo, em detrimento dos outros componentes teratológicos, quer se admita com Borst que o originário germe do teratoma desenvolva só em um sentido suas energias potenciais. O caso citado por Saxer, em que dos três folhetos de um teratoma ovárico evoluiu apenas um dente, é o exemplo clássico de teratoma desenvolvido unilateralmente.

Wilms admitiu que todos os teratomas ovaricos provenham de um esboço que seria, na opinião dele, a própria célula-ovo, a qual entraria em proliferação por uma espécie de partenogênese. Essa teoria não logrou aceitação entre os A. A., por isso, Wilms mais tarde a substituiu por outra, já invocada com mais freqüência, isto é, a da inclusão no ovário de um blastomero das primeiras fases de segmentação do ovo. Cumpre, entretanto, lembrar que um blastomero isolado, aberrante, longe de ficar incluído, evoluiria independentemente (como experimentalmente já se demonstrou em anfíbios), graças ao desenvolvimento de seus anexos.

De conformidade com o conceito moderno, dar-se-ia no ovário a inclusão, não de um blastomero aberrante, mas, numa fase posterior, de uma parcela da linha primitiva, uma vez esboçada a formação da área embrionária. Com efeito, os trabalhos experimentais de Spemann vieram demonstrar que a linha primitiva funciona como "organizador de primeiro grau" equivalentemente ao lábio dorsal do blastoporo dos anfíbios. Desprendendo-se eventualmente uma parcela da linha primitiva, no ponto em que ficar implantada poderá manifestar sua capacidade organizadora com produção de, desde um teratoma, até o esboço de um segundo organismo, como nos casos de "foetus in foetu".

Terapêutica da hipnose (*)

DR. JEFFERSON GONÇALVES GONZAGA

Chefe do Serviço de Hipnose da Beneficência Portuguesa de São Paulo

O A. apresenta vários casos colhidos em sua clínica particular. Os casos foram selecionados nas várias especialidades para despertar o interesse de todos os presentes. O A. assinala que só escolheu casos favoráveis, mas que também, teve vários insucessos, como é sabido que acontece nessa especialidade. A maioria das observações foi colhida dos próprios doentes atendidos na Beneficência Portuguesa de São Paulo. Nas observações, verificaremos que alguns casos tiveram a cura exclusiva pela hipnose e em outros os resultados foram bons, porém auxiliados por outras terapêuticas. Alguns resultados podem ser de efeitos temporários porém, que vieram beneficiar os pacientes, como acontece com a asma brônquica. São apresentados 30 casos.

OBSERVAÇÃO N.º 1 — Ficha n.º 715 — M.H.C. apresentou-se em 9/5/59 com artrite de toda a coluna vertebral, incluindo as vértebras cervicais; a imobilização da coluna era muito acentuada. Tomava 12 comprimidos de Equanil de 400 mg. e as dores e a excitação nervosa eram muito acentuadas. O paciente não obteve profundidade hipnótica, não passando do tempo 11.º da escala de Norry. No dia 17/6/59 apresentava-se calmo, apesar de vários negócios financeiros não estarem satisfatórios e nesse dia tomava dois comprimidos de metilcortem. O A. chama a atenção para o uso dessa droga química que talvez seja a causa da melhora do paciente e não a hipnose em si, ou seja, a associação das duas terapêuticas combinadas. O dr. João Amador Cortez que é o clínico do paciente que também se achava presente e foi apresentado, achou que em tempos passados o mesmo paciente era obrigado a tomar doses muito maiores da droga química e atribuiu o efeito à hipnose.

OBSERVAÇÃO N.º 2 — ficha n.º 708 — A.C. — O paciente apresentou-se enviado por um colega que já lhe havia feito laminectomia para remover-lhe uma dor de coluna, depois de empreender toda

(*) Apresentado a reunião da Sociedade da Beneficência Portuguesa de São Paulo, realizada no dia 19 de junho de 1959.

terapêutica possível e sem resultado. Pela hipnose iniciada em 3/4/59 o paciente informou em estado sonambúlico (tempo 16.º da escala de Norry) que, na realidade, não sofria de dores; perdera a sua casa comercial, tinha um grande débito na praça e se vendesse o terreno que possuía, poderia pagar as dívidas e reiniciar a vida no comércio. O medo era perder também se reiniciasse porque não teria mais nenhuma possibilidade comercial de se recuperar. Informado da razão de seu medo passou a sentir-se bem, em 5/5/59.

OBSERVAÇÃO n.º 3 — ficha n.º 718 — L.C.G. — em 16/5/59 apresentou-se com calculose ureteral E, calculo grande, porém, com possibilidade de eliminação espontânea, segundo a orientação do seu urologista. Tomava Baralgin e outros analgésicos várias vezes ao dia e vivia apavorada com tantos analgésicos e a dor era rebelde. Iniciada a hipnose até hoje não sente dores. Entrou em hipnose profunda, atingindo todos os tempos da escala de Norry. O cálculo continua em descida. As sugestões são sempre para o cálculo descer, isto é, não sentir dores mas sofrer as contrações do canal que vai do rim à bexiga (essa expressão é empregada porque sendo leiga precisamos usar frases compreensíveis pelo paciente). Não usa medicamentos e atualmente faz uma secção hipnótica por semana. Foi exibida a urografia e radiografias subseqüentes.

OBSERVAÇÃO n.º 4 — ficha n.º 709 — L.M.S. — em 2/5/59 apresentou-se com dor precordial profunda e irremovível aos tratamentos vários empreendidos pelo seu clínico. Hipersensível a hipnose, cumpria toda a escala de Norry e na primeira semana o seu estado foi inalterável; na 2.ª passou bem; na 3.ª piorou e na 4.ª semana passou a sentir melhoras. Teve flebite logo a seguir e que a fez abandonar o tratamento.

OBSERVAÇÃO n.º 5 — ficha n.º 506 — C.C.C. em 11/3/58 apresentou-se com alucinações desde que foi ao sepultamento de seu irmão. Na hora de sair o enterro, tocou em sua mão e sentiu-a quente e teve a impressão que ele foi enterrado vivo. Desde então passou a achar que o irmão foi enterrado vivo e que muitas coisas que existem não existiam; esteve internada em três sanatórios especializados, sem resultados. Recomendado a fazer a última tentativa: a hipnose. Melhorou com o tratamento realizado até ao dia 30/5/58. Obrigada a retirar-se para o interior, continuou essa terapêutica em 8/2/59. Em 10/6/59 passava muito bem e sem medicamentos.

OBSERVAÇÃO n.º 6 — ficha n.º 574 — B.B. apresentou-se em 4/1/49. Insônia. Nervosismo. Fez toda a escala de Norry. Em 25/1/59 passava bem. Confirmado pela nova visita em 6/5/59.

OBSERVAÇÃO n.º 7 — ficha n.º 579 — D.A. — Apresentou-se em 2/2/59, enviada por um colega com insônia, ódio ao espóso e ao filho. Em 17/6/59 estava passando bem, tudo calmo no lar e o espóso

procurou-me para agradecer e informar que se sente em viagem de núpcias, em verdadeira lua de mel. A paciente não entrou em sono profundo atingindo apenas o tempo 11.^o da escala de Norry. A persuasão completou a hipnose.

OBSERVAÇÃO N.^o 8 — ficha 519 — L.B. — Apresentou-se em 8/11/58. Contador em um grande escritório, chefe de secção, cada vez que era chamado pelo chefe para resolver qualquer problema, quase desmaiava de emoção aguardando o chamado para a sua demissão, apesar de ser rigoroso em todos os seus atos. Cumpru toda a escala de Norry, porém, apresentava vestígios das sugestões recebidas. Em 4/4/59 teve alta curado.

OBSERVAÇÃO N.^o 9 — ficha n.^o 505 — M.B.V. — Mania de perseguição no serviço em que trabalha. Erótica, 54 anos de idade. Não conseguia dormir devido ao estado erótico. Pediu que a acalmasse nessa parte, pois, sendo viúva, não necessitava do sexo. Entre as sugestões dadas a da acalmia sexual foi incluída; na semana seguinte reclamava que ficou com grande frigidez que a impedia de trabalhar com precisão; que eu a deixasse moderada na parte sexual. Curou-se da insônia e da mania de perseguição pela hipnoanálise. Completou toda a escala de Norry. Em 2/6/59, passava bem.

OBSERVAÇÃO N.^o 10 — ficha n.^o 141 — A.Z. — Em 12/9/57. Advogado — gaguez-emoção excessiva ao pronunciar discursos de improviso. Atingiu a escala de Norry toda com associação de cápsulas de Nembutal. Curou-se da gaguez, fazendo orações de improviso com facilidade. Escrevia facilmente. Depois verificou que a dificuldade ficou para a leitura de discursos escritos. Passa bem desde 1/10/58.

OBSERVAÇÃO N.^o 11 — ficha n.^o 536 — D.T.A. — Apresentou-se em 17/2/59, com alucinações, insônias. Cumpru a escala de Norry. Alta em 30/4/59. Em 6/6/59 passava bem.

OBSERVAÇÃO N.^o 12 — ficha n.^o 722 — L.A.W. — Menor de 13 anos. Criança prodígio, com vários problemas. Teve paralisia infantil, deformidade da perna e derivou para a parte intelectual. Apresentou-se com medo de dormir só no quarto. Em 6/6/59 fez a 1.^a sessão hipnótica. A causa do medo e demais problemas relacionados com a perna. Em 17/6/59 passava bem.

OBSERVAÇÃO N.^o 13 — ficha n.^o 517 — A.N. — Apresentou-se em 1/10/58. Encontrou o espôso em flagrante com a sua maior amiga. Descontrolou-se. Estêve internada por duas vezes em sanatórios especializados. Insônia, angústia. Iniciou a hipnose. Cumpru a escala de Norry. Alta em 10/1/59. Em 8/6/59 passava bem.

OBSERVAÇÃO N.^o 14 — ficha n.^o 509 — M.G.N. — Enurese noturna. Menina precoce. Os pais obrigavam a empreendimentos acima da idade. Em 10/10/59 iniciou o tratamento. Os pais foram orien-

tados. Alta em 3/4/59. Apesar da labilidade cumpriu a escala de Norry.

OBSERVAÇÃO N.º 15 — ficha n.º 502 — W.S.A. — Impotência por sentir odor desagradável na espôsa. Pela hipnoanálise verificou-se tratar de amor pela mãe e a espôsa passou a ser uma intrusa. Aceitou a espôsa nessa posição e não no lugar da mãe. Tornou-se sociável e resolveu o seu problema sexual. Cumpriu a escala de Norry. Alta em 6/6/59.

OBSERVAÇÃO N.º 16 — ficha n.º 508 — G.F.S. — Impotência. Viúvo com 31 anos de idade. Tentou prevaricar e com medo de contágio venéreo sobreveio a impotência. Em 5/8/58 fez a primeira aplicação de hipnótica. Em 18/8/58 alta curado. Cumpriu a escala de Norry.

OBSERVAÇÃO N.º 17 — ficha n.º 529 — T.C. — Impotência por inibição. A espôsa o atormentava para o ato sexual, desmoralizando-o; diminuindo-o; chamando-o de efeminado. Inibiu-se. Experimentou prevaricar com ótimos resultados com duas ou três mulheres diferentes, mas em casa a inibição o dominava. Aconselhei o tratamento da espôsa para resolver o caso. Ela não gostando do mesmo, agravava o seu estado emocional. O caso foi resolvido dessa forma dispensando-se a hipnose do espôso, pois era caso puramente de orientação psicológica.

OBSERVAÇÃO N.º 18 — ficha n.º 513 — E.Z. — Apresentou-se em 21/8/58. Idéias feminis, que estava se transformando; era noivo. Curado em 22/9/58 pela hipnose. Cumpriu a escala de Norry.

OBSERVAÇÃO N.º 19 — ficha n.º 601 — J.S. — Apresentou-se em 3/12/58. Mania que o espôso a despreza. Fez 5 sessões de hipnose, cumprindo a escala de Norry. Alta em 18/3/59.

OBSERVAÇÃO N.º 20 — ficha n.º 719 — A.B. — Apresentou-se em 23/5/59. Etilista. Bebe como frustração por mau negócio realizado e a perda do emprêgo. A hipnoanálise trouxe-lhe o sono e a tranquilidade, depois de fazer vários choques de insulina e eletro-choques, ser hospitalizado e rehospitalizado. Alta em 18/6/59. Se não se resolver a causa da frustração torna-se infrutífero qualquer tratamento. Escala de Norry tempo 11.º.

OBSERVAÇÃO N.º 21 — ficha n.º 572 — Etilista. Deseja casar-se é noivo e está apavorado com a responsabilidade do casamento. 3/4/59 começou o tratamento hipnótico. Alta em 21/5/59. Continuará em observação e fazendo uma hipnose mensal por 7 meses como rotina desse tratamento. Removendo a causa praticamente é desnecessário levar até aos 7 meses. Assim o faço para maior garantia.

OBSERVAÇÃO N.º 22 — ficha n.º 586 — O.G. — Etilista — frustração — enviado pelo psiquiatra — preterido no emprêgo em 3/1/59. Alta em 23/5/59, cumpriu a escala de Norry.

OBSERVAÇÃO N.º 23 — ficha n.º 581 — C.P. — Etilista — preterido no emprêgo — agressivo — tentou matar o pai e o irmão, entrou em sono prolongado por 8 dias — 2/3/59. Alta em 15/6/59. Cumpriu a escala de Norry.

OBSERVAÇÃO N.º 24 — ficha n.º 583 — J.R. — 70 anos, morador em Ribeirão Pires. Bebia para fazer companhia aos amigos. Perdeu o contrôle. Etilista. 6/2/59. Cumpriu a escala de Norry. Alta em 16/6/59.

OBSERVAÇÃO N.º 25 — ficha n.º 721 — C.M.M.A. — 7 anos. Asmática 30/5/59. Cumpriu a escala, sugestões para viver calma. 6/6/59 fez a segunda aplicação. Passa bem até hoje.

OBSERVAÇÃO N.º 26 — ficha n.º 720 — F.F.R. — 74 anos. Há três meses não suporta o aparelho de prótese dentária. Cumpriu a escala toda no dia 3/6/59. Viajou. Curou-se.

OBSERVAÇÃO N.º 27 — ficha n.º 704 — L.B.O. — 23 anos. Sonâmbula. Não deseja deitar-se para dormir devido ao medo de sair sonâmbula do leito. Grande excitação nervosa. Cumpriu a escala. Dorme bem. Sarou do sonambulismo e da tensão emocional. 22/4/59 a 12/5/59.

OBSERVAÇÃO N.º 28 — ficha n.º 710 — L.N. — 43 anos. Taquígrafa. Solteira. Complexo de culpa: disse à mãe: "Porque a senhora não morre?" Uma semana após surgiu sarcoma hepático, falecendo. Criou o complexo e deixou de escrever com a mão direita, só usando a esquerda na taquigrafia. Pela hipnose foi tomar nota no serviço quando estava com pressa (um recado telefônico) e passou a escrever com a mão direita.

OBSERVAÇÃO N.º 29 — ficha n.º 539 — P.R. de C.C. — Play-Boy. Apresentou-se em 20/2/59, enviado por um parente; roubava, assinava cheques sem fundos e o pai cobria, tomava maconha; hipersensível; cumpriu a escala; regenerou-se com grande rapidez; era revoltado contra os castigos do pai; êste orientado passou a tratá-lo com carinho; filho corrigiu-se imediatamente; preocupou-se com o seu irmão que estava se transviando; trouxe o irmão também para se tratar. 15/6/59. Ótimo.

OBSERVAÇÃO N.º 30 — ficha n.º 602 — F.S.C. — Play-Boy. Fumante exagerado. Hipersensível. Deixou de fumar. Corrigiu-se rapidamente. Funcionário modelo. Causa: mãe com excesso de carinho escondia do pai os maus atos. Cumpriu a escala de Norry em 10/3/59. Alta em 13/5/59. Em 15/5/59 pelo telefone — passa bem no cumprimento do dever. Está operado de um dente incluso.

